

10. Мосендз І.О. Оцінка ефективності ліпіну при діабетичній периферичній полінейропатії // Ендокринологія. – 2003. - Т.8, №1. - с. 122-126.
11. Новикова О.В. Эффективность мильгамма драже в терапии диабетической полинейропатии // Міжнародний неврологічний журнал – 2007. - № 2(12). – С. 139 -140.
12. Сергієнко О.О., Єфімов А.С. Діабетичні нейропатії: сучасний погляд на проблему // Журнал АМН України – 2002. - № 3 – С. 487 – 506.
13. Тронько Н. Д., Бахтиярова А. А., Касярум В. П. Осложнения сахарного диабета: предупреждаем, диагностируем, побеждаем // Здоров'я України. – 2008. - № 10 (191) – С. 40-41.
14. Шнайдер Н.А., Петрова М.М., Киричкова Г.А. Диабетическая полинейропатия // Міжнародний неврологічний журнал – 2008. - № 3(19). – С. 115-119.
15. Attal N., Cruccu G., Naanpra M. et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. // European Journal of Neurology – 2006. – Vol. 13. – P. 1153-1169.
16. Catherine L. Neuropathy Among the Diabetes Control and Complications Trial Cohort 8 Years After Trial Completion. // Diabetes Care. – 2006. – Vol. 29, № 2. – P. 340-344.

Резюме

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Пянтковська Н.С.

Под нашим наблюдением находилось 100 детей, которые находились на лечении в отделении эндокринологии НДКБ “ОХМАТДЕТ” с диагнозом СД. В возрасте 10 – 15 лет было – 74 (74%) ребенка, в возрасте 16 – 18 было 26 (26%) детей. Среди обследованных детей девочек было 54 (54%), а мальчиков 46 (46%). Клиническое, электронейромиографическое и реовазографическое сопоставление позволяет выявить диабетическую полинейропатию в дебюте заболевания. Клиническое, электронейромиографическое и реовазографическое сопоставление целесообразно ввести как скрининговое относительно группы риска по диабетической полинейропатии среди больных инсулин зависимым СД.

Ключевые слова: Сахарный диабет, диабетическая полинейропатия, электронейромиография, реовазография.

Стаття надійшла 02.12.10 р.

CLINIC-PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF DIABETIC CHILDREN

Piantkovska N.S.

Under our care it was 100 children, who were undergoing the medical treatment in Endocrinology Department of National Children's Specialized Hospital “OKHMATDYT” with diagnosis of diabetes mellitus. At the age of 10-15 years old it was 74 (74 %) children, at the age of 16-18 it was 26 (26 %) children. Among examined children it was 54 (54 %) girls and 46 (46 %) boys. Clinical, electroneuromyographic and reovasographic comparison allows detecting diabetic polyneuropathy in the disease debut. It is reasonable to implement clinical, electroneuromyographic and reovasographic comparison as screening considering diabetic polyneuropathy risk group among patients with Insulin-dependent diabetes.

Key words: diabetes mellitus, diabetic polyneuropathy, electroneuromyographic, reovasographic

УДК 616.724-073.75-001.6

О.В. Рыбалов, Н.А. Москаленко, Ю.И. Семенов
ВНЧС Украины, «Українська медичинська стоматологічна академія», м. Полтава

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ БИОПОТЕНЦИАЛОВ СОБСТВЕННО ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ ГОЛОВКИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Анализ клинических проявлений гипермобильности суставной головки височно-нижнечелюстного сустава 46 пациентов позволил выделить три степени тяжести патологии: легкой, средней степени и тяжелую. Объективным подтверждением такого подразделения стало изучение биоэлектрической активности собственно жевательных мышц на основании их электромиографии. С тяжестью гипермобильности отмечено падение активности мышечных волокон как на стороне поражения, так и на симметричной стороне. Полученные данные дают возможность обосновать разработку биомеханической модели окклюзионно-компрессионных нарушений функции височно-нижнечелюстного сустава и наметить адекватное комплексное лечение.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, гипермобильность, электромиография.

Работа является инициативной.

Статистические данные отечественных и зарубежных клиник ортопедической и хирургической стоматологии отмечают значительное увеличение числа обращений больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Актуальность проблемы диагностики заболеваний ВНЧС, которая до настоящего времени остается не решенной, порождает проблему адекватного этиопатогенетического их лечения. Во многом это связано с отсутствием единой общепринятой классификации нозологических форм патологических процессов в

отдельных компонентах сустава [1,2]. Наличие значительного объема разнообразной, порой разноречивой, информации в отношении заболеваний ВНЧС и отсутствие при этом координированного многостороннего анализа этой информации, сложность согласования клинических и теоретических данных, касающихся различных проявлений патологических процессов в суставе, подтверждает необходимость проведения детальных комплексных диагностических действий для однозначной трактовки патогенеза типичных и нетипичных симптомов мышечно-суставной дисфункции, которые обычно сопровождают все заболевания ВНЧС [3,4]. Мышечно-суставную дисфункцию, с нашей точки зрения, следует считать только симптомом, хотя она введена в ряд классификаций как обособленное заболевание ВНЧС [5,6,7]. Правомочным является признание достаточно распространенных нарушений в ВНЧС в виде нестабильности его компонентов: гипермобильности суставной головки, дислокационных смещений суставного диска, мышечно-капсулярных элементов, однако научных разработок в отношении этих патологических процессов крайне мало [8].

Целью работы была оценка клинических и электромиографических характеристик гипермобильности головки височно-нижнечелюстного сустава.

Материал и методы исследования. Обследовано 46 пациентов, страдающих функциональной нестабильностью ВНЧС. Женщин было 41, мужчин – 5. Возраст больных от 21 до 48 лет. Зубные ряды у всех больных были интактными. Детальное субъективное обследование включало акцентирование внимания на характер жалоб: дискомфорт в области одного или обоих ВНЧС в покое, боли при открывании или закрывании рта, нарушение конфигурации лица при открывании рта, боли и наличие хлопающих, шуршащих, хрустящих и других звуков в суставе (суставах) при жевании, нарушение смыкания зубов. Из анамнеза заболевания выяснялась давность появления его симптомов, вероятные причины возникновения, проводимые лечебные мероприятия. Общие анамнестические данные отражали перенесенные и имеющиеся соматические заболевания, травмы (в том числе головы, позвоночника), наличие невротических нарушений.

При локальном объективном обследовании отмечалось наличие асимметрии лица, состояние конфигурации отделов ВНЧС при закрытом и открытом рте, объем движений нижней челюсти и характер ее смещений при открывании и закрывании рта. Пальпацией определяли тонус височных, жевательных, латеральных крыловидных мышц с обеих сторон, наличие болевых ощущений при этом. Отмечалось наличие или отсутствие болей при легком надавливании на суставные головки при закрытом рте и при смещении нижней челюсти вниз и в стороны, появление при этом посторонних звуков в суставе. Фиксировалось внимание на положение суставных головок при максимальном открывании рта.

Изучался характер прикуса, наличие патологической стираемости зубов, симметрию средней (межрезцовой) линии, наличие суперконтактов. У всех исследованных осуществлялась ЭМГ собственно жевательных мышц. Для регистрации биопотенциалов мышц использовали электромиограф «Нейро-МВП» фирмы «Нейрософт». Электроды, изготовленные из чистого серебра, диаметром 7 мм с постоянным межэлектродным расстоянием равным 15 мм, фиксировали на коже, обработанной электропроводным гелем, в области моторных точек жевательных мышц. Одновременно изучались биопотенциалы мышц правой и левой стороны. Оценке подлежало описание записей ЭМГ в периоде сжатия челюстей и произвольного жевания [9]. Анализ электромиограмм начинался с их визуальных характеристик в соответствии с тяжестью гипермобильности суставной головки и в сравнении с миограммами жевательных мышц здоровых лиц (12 человек – все женского пола).

В объективные характеристики протокола ЭМГ собственно жевательных мышц входила оценка амплитуды трёхсекундного волевого сжатия челюсти, время биоэлектрической активности мышечных волокон (в мс), время покоя (в мс), частота заполнения миографической записи (в Гц), максимальное значение амплитуды мышечного ответа, её минимальное значение (в мкВ). Анализ произвольного жевания (использовался кубик ржаного хлеба объёмом 1 см³) дополнялся оценкой коэффициента активности «К», определяющим соотношение процессов возбуждения и процессов торможения при функциональной пробе.

Результаты исследования и их обсуждение. Основные жалобы больных были на дискомфорт при открывании и закрывании рта, незначительную боль в одном или обоих ВНЧС, особенно при широком открывании рта, боль в области жевательных мышц, затрудненное жевание на одной из сторон, смещение нижней челюсти в одну сторону, появление шумов и хрустящих звуков в одном или обоих суставах при жевании или открывании рта. В анамнезе большинству наших пациентов (29 чел.-63%) проводили длительные лечебные манипуляции при широко открытом рте врачи-стоматологи (терапевты, хирурги), что приводило к появлению напряженно-деформированного состояния в ВНЧС; у 6 (13,04%) – отмечалась привычка лежания во время сна одной стороной лица на твердом; у 5 (10,9%) – по нашему мнению, ведущим был эмоциональный фактор; у 6 (13,04%) – точную причину установить не удалось.

При внешнем осмотре у всех 46 больных значительных изменений со стороны лица не выявилось. Однако при сомкнутых зубах отмечалось смещение центральной линии между резцами верхней и нижней челюстей у 36 больных (у 24 человек смещение было в правую сторону, у 12 – в левую). Смещение в пределах до 1 мм наблюдалось у 23 больных (50,0%), до 2 мм – у 8 пациентов (17,4%), свыше 2 мм – у 5 (10,7%). У большинства больных имелось глубокое резцовое перекрытие (27 человек – 58,7%), у 10 (21,7%) – прикус был прямым. Открывание рта почти у всех больных не было нарушено, при этом у 12 человек отмечалось чрезмерно широкое (более чем 5,5 см между центральными резцами челюстей). У 39 больных отмечалась своеобразная траектория движения нижней челюсти: у 23 больных она была зигзагоподобная, у 16 – ступенчатой с выдвиганием челюсти вперед. Пальпаторно у 32 больных отмечалось напряжение и выраженная

боль в области внешней крыловидной мышцы с одной стороны, у 28 больных одна из суставных головок нижней челюсти в большей степени выдвигалась под скуловую дугу. Пальпация этого отдела была болезненной. Из 46 больных у 36 в суставе выявлялись шумовые явления: у 29 – в виде клацания, у 7 – сочетание клацания и хруста. Их интенсивность была разнообразной: от такой, что определялась только при аускультации, до громкой, слышной даже на расстоянии. Клинические анализы крови и мочи выраженных патологических изменений не выявили, случаев положительных ревмопроб также не отмечалось. Анализ клинических проявлений заболевания позволил выделить три степени тяжести гипермобильности суставной головки нижней челюсти: легкую (22 чел.), средней степени тяжести (13 чел.) и тяжелую (11 чел.), что было обусловлено и результатами артрофонографии и рентгенографии ВНЧС.

Объективное представление о характере функциональных нарушений у пациентов с гипермобильностью головки височно-нижнечелюстного сустава основано на данных тонуса и биоэлектрической активности всех жевательных мышц. Выяснено, что коэффициент активности собственно жевательных мышц у больных с легкими проявлениями гипермобильности суставной головки при акте жевания был близок к таковому у здоровых ($1,29 \pm 0,10$ у больных, $1,35 \pm 0,03$ – у здоровых). При средней степени гипермобильности суставной головки этот показатель увеличивался до $1,65 \pm 0,11$. При тяжелой степени коэффициент «К» составлял $2,08 \pm 0,13$. Время покоя у всех больных с гипермобильностью достоверно уменьшалось и составляло от $340,006 \pm 23,58$ мс у больных с легкой степенью гипермобильности до $224,19 \pm 11,15$ мс у больных с тяжелой степенью ГМ. Время биоэлектрической активности у больных с односторонней гипермобильностью суставной головки правой и левой жевательных мышц достоверно отличались: на стороне поражения у больных с легкой степенью гипермобильности оно составляло в среднем $440,51 \pm 24,62$ мс, на симметричной стороне – $480,55 \pm 26,47$ мс. У больных с тяжелым течением соответственно $467,66 \pm 23,71$ мс и $543,43 \pm 13,07$ мс. Максимальное значение активности правой и левой мышц в период жевания так же у всех обследованных было различным и колебалось у больных с легким течением гипермобильности головки от $433,90 \pm 29,75$ мкВ на здоровой стороне и $561,40 \pm 43,81$ мкВ на пораженной до $105,78 \pm 17,67$ мкВ и $203,08 \pm 66,74$ мкВ у больных с тяжелой степенью ГМ. Минимальное значение биоэлектрической активности правой и левой мышц в периоде жевания у больных с легким течением составило на здоровой стороне $-430,80 \pm 35,98$ мкВ, на пораженной $-567,31 \pm 62,15$ мкВ. У больных с тяжелым течением – $-199,24 \pm 35,89$ мкВ на здоровой стороне и $-106,86 \pm 16,37$ мкВ на пораженной. Таким образом, по результатам электромиографии собственно жевательных мышц у больных с гипермобильностью одной из суставных головок ВНЧС достаточно объективно можно отметить падение их биоэлектрической активности на стороне поражения по всем изучаемым параметрам в зависимости от степени тяжести патологии (рис. 1).

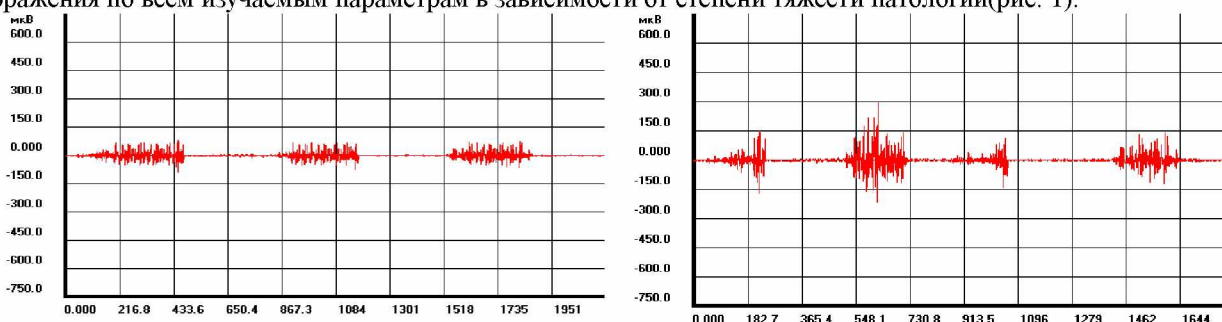


Рис.1. Фрагменты электромиограмм правой(А) и левой (Б) собственно жевательных мышц пациента М. при жевании. Диагноз: гипермобильность левой суставной головки ВНЧС – тяжелая степень.

Анализируя состояние проблемы заболеваний ВНЧС и полученные нами результаты можно утверждать, что при достаточно высокой частоте заболеваний методы исследований функциональных характеристик сустава ограничены.

Заключение

У больных с односторонними проявлениями симптомов мышечно-суставной дисфункции на фоне гипермобильности головки ВНЧС помимо клинического обследования необходимо проведение электромиографии жевательных мышц с детальным анализом всех полученных данных, что позволит объективно установить не только наличие гипермобильности суставных головок ВНЧС, но в сопоставлении с рентгенологическим исследованием обоих суставов и вероятность одностороннего полного или неполного вывиха, обосновать разработку биомеханической модели окклюзионно-компрессионных нарушений его функции и провести адекватное комплексное лечение.

Литература

1. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калнакьянц, Н.Ю. Сеферян // Краснодар, 1996. – 352 с.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология / В.А. Хватова // М.: Медицина, 2005. – 312 с.
3. Макеев В.Ф. Діагностика внутрішніх розладів скронево-нижньощелепних суглобів методом магнітно-резонансної томографії / В.Ф. Макеев, В.Я. Шибінський, А.М. Абрамюк // Современная стоматология, 2005. - №2. – С.141 – 145.

4. Бабов Е.Д. О классификации заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Е.Д. Бабов, Й.М. Репужинский, А.В. Глухов // Межотраслевое решение проблем височно-нижнечелюстного сустава. Сб. статей. – Днепропетровск, 2009, - С.55 – 58.
5. Мирза А.И. Диагностика и лечение болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: дис. ... докт. мед. наук. (14.01.22 Стоматология) / А.И. Мирза // – Полтава, 2002. – 260 с.
6. Сысолятин П.Г. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава / П.Г. Сысолятин, А.А. Ильин, А.П. Держилев // М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 128 с.
7. Рибалов О.В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба / О.В. Рибалов, І.В. Яценко // Галицький лікарський вісник, 2005, - №1. – С.27 – 30.
8. Москаленко П.О. Клініко-функціональні характеристики неповного вивиху нижньої щелепи / П.О. Москаленко // Вісник Сумського державного університету. Серія Медицина, 2009, - №2. – т.2. – С.100 – 104.
9. Новіков В.М. Протокол електроміографічних досліджень рефлекторно-адаптаційних процесів при функціональних порушеннях зубощелепного апарату / В.М. Новіков // Вісник проблем біології і медицини, 2006. – Вип. 4. – С.96.

Резюме

**РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ БІОПОТЕНЦІАЛІВ
ВЛАСНЕ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ З
РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ
ГОЛОВКИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО
СУГЛОБА**

Рибалов О.В., Москаленко П.А., Семененко Ю.І.

Аналіз клінічних проявів гіпермобільності суглобової головки скронево-нижньощелепного суглоба 46 пацієнтів дозволив виділити три ступеня важкості патології: легку, середнього ступеня, важку. Об'єктивним підтвердженням такого підрозділу стало вивчення біоелектричної активності власно жувальних м'язів на підставі їх електроміографії. Отримані дані дозволяють обґрунтувати розробку біомеханічної моделі оклюзійно-компресійних порушень скронево-нижньощелепного суглоба і намітити адекватне комплексне лікування.

Ключові слова: скронево - нижньощелепний суглоб, гіпермобільність, електроміографія.

Стаття найшла 18.11.10 р.

**RESULTS OF STUDY OF BIOPOTENTIALS
ACTUALLY MASSETERS AT PATIENTS WITH
THE DIFFERENT DEGREE OF
HYPERMOBILITY OF HEAD OF TEMPORO-
SUBMANDIBLE JOINT**

Rybalov O.A., Moskalenko P.A., Semenenko Yu.I.

The analysis of clinical implications of hypermobility of an articulate head of temporal-mandibular joint of 46 patients has allowed to allocate three severity levels of a pathology: easy, average and serious degree. Studying of bioelectric activity actually masseters muscles on the basis of their electromyography became objective acknowledgement of such sectioning. The obtained results give the chance to prove working out of biomechanical model occlude-compressive disturbances of function of temporal-mandibular joint and to plan adequate complex treatment.

Key words: temporal-mandibular joint, hypermobility, electromyography.

УДК: 616.853-036-07-085-053.2

Резюме

Національна медична академія тріади спеціальної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ КЕПРИ І ЛАМІКТАЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ
СИНДРОМУ ЛЕННОКСА – ГАСТО**

Вивчено ефективність застосування комбінації препаратів Кеппра і Ламіктал у 14 дітей при лікуванні резистентного синдрому Леннокса – Гасто. Доведена клінічна ефективність даної комбінації, що проявляється у стійкій ремісії епілептичних припадків з кореляцією на електроенцефалограмі.

Ключові слова: синдром Леннокса – Гасто, резистентні епілептичні синдроми, політерапія, ремісія.

Синдром Леннокса-Гасто (СЛГ) - одна з резистентних, вікозалежних, найбільш важких в діагностиці, протіканні та лікуванні генералізованих форм дитячої епілепсії. Даний синдром, за даними різних авторів, зустрічається в 3 – 10,7% випадків [4]. Дебют захворювання припадає на період від 1 до 7 років [3,4,5]. На початку 30-х років Леннокс описав клінічний випадок "епілептичної енцефалопатії", який проявлявся поліморфними припадками та затримкою психічного розвитку. Наприкінці 30-х років Ленноксом і Гіббсом була описана повільна пік-хвильова активність як варіант описаної раніше тими ж авторами пік-хвильової активності при petit mal. В 1945 (Lennox) і 1950 (Lennox and Davis) описали тріаду симптомів: 1 - повільна пік-хвильова активність на ЕЕГ; 2 - дефект інтелекту; 3 - три типи припадків (атипові абсанси, міоклонічні і кивальні припадки, які закінчуються тонічними судомами і падіннями).

За останні 50 років діагностичні критерії СЛГ уточнювались, але залишились незмінними. 1 – поліморфність припадків: атипові абсанси, тонічні, міоклонічно-астатичні з падіннями, а також генералізовані